

URTICARIA PAPULOSA CHRONICA

Horst Bürke

1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555615_0080

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. O. Braun-Falco

U R T I C A R I A P A P U L O S A C H R O N I C A



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der
gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Horst Bürke
aus München

1977

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. O.Braun-Falco

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19.7.1977



Herrn Professor Dr. med. O. Braun-Falco danke ich für
die Überlassung des Themas sowie für seine Unterstützung
und Hilfe bei der Verwirklichung der Arbeit.

Auch allen meinen anderen akademischen Lehrern bin ich
zu großem Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite:</u>
I. Klinisches Bild	1
II. Synonyma	4
III. Entwicklung und Gesichtspunkte bei der Einordnung des Krankheitsbildes	6
IV. Untersuchungen am eigenen Krankengut	9
V. Histopathologie	26
VI. Zur Therapie	30
VII. Zusammenfassung	32
VIII. Literaturverzeichnis	34

I. K l i n i s c h e s B i l d d e r

U r t i c a r i a p a p u l o s a c h r o n i c a

Durch ihre klinische Erscheinungsform ist die hier unter ihrer Bezeichnung Urticaria papulosa chronica untersuchte Krankheit klar definiert. Dies bestätigt sich in der über diese Dermatose veröffentlichten Literatur. Im Gegensatz zu der weitgehenden Übereinstimmung in Bezug auf das charakteristische Bild stehen die verschiedenen Standpunkte hinsichtlich der Zuordnung und Benennung.

In den Lehrbüchern oder Originalarbeiten von BRAUN-FALCO, BRAUN-FALCO/v.EICKSTEDT, BOHNSTEDT, GREITHER, GREITHER/TRITSCH, KEINING/BRAUN-FALCO, KOGOJ, LUTZ, SCHNYDER, SCHÖNFELD/SCHNEIDER, WINKLER, ZAUN/ATHANASSIADIS werden bereits die klinischen Merkmale der Urticaria papulosa chronica hervorgehoben.

Das Bild der Dermatose ist polymorph; je nach dem Entwicklungsstadium kann man drei Arten von Effloreszenzen beobachten.

Der Beginn ist eine derbe, rote, u r t i c a r i e l l e P a p e l. Ihr Auftreten ist von einem starken J u c k r e i z begleitet. Darauf wird die Papel sofort zerkratzt, und da der Juckreiz ganz lokal auf die Papel beschränkt bleibt, wird diese mit dem kratzenden Fingernagel aus der Haut herausgekratzt. Der Patient macht die für diese Dermatose typische Angabe, daß sofort mit dem Fließen des Blutes ein Sistieren des Juckreizes erreicht wird.

Das zweite Stadium der an dem Patienten zu findenden Effloreszenzen entsteht, wenn sich nach der Blutung die B l u t k r u s t e bildet und die Kratzläsion bedeckt.

Das dritte und Endstadium bildet die narbige Abheilung des durch den kratzenden Finger entstandenen Epitheldefektes. Diese N a r b e n haben ungefähr Linsengröße und sind in der Größe des ursprünglichen Epitheldefektes depigmentiert oder auch hyperpigmentiert. Wenn sie depigmentiert sind, weisen sie einen mehr oder weniger breiten Randsaum mit Hyperpigmentierung auf.

Hinsichtlich der A n a m n e s e kann man teilweise vom Patienten erfahren, daß sich der Krankheitsverlauf - in Schüben - schon über Jahre erstreckt. Obligat ist dabei der heftige J u c k r e i z, der für den Patienten zumeist eine starke Beeinträchtigung seines Allgemeinbefindens darstellt. Sehr typisch ist, daß nicht großflächig gekratzt wird, sondern nur die frischen Effloreszenzen zerkratzt werden. Es sind demzufolge kaum strichförmige Kratzeffekte oder Scheuerspuren an anderen als den unmittelbar in der Umgebung der Effloreszenzen gelegenen Hautarealen zu finden. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu anderen stark juckenden Dermatosen wie Scabies und andere Zoonosen, Neurodermitis diffusa, allergische Kontaktdermatitis oder Neurodermitis circumscripta.

Nie kommt es auch infolge des Kratzens an umschriebener Stelle zu einer Lichenifizierung. Zu Sekundärinfektionen kommt es nur beim Hinzutreten von weiteren Störungen.

Die P r ä d i l e k t i o n s s t e l l e n sind neben den Erscheinungsformen der Effloreszenzen, dem Verlauf und der Juckreizanamnese ebenfalls ein typisches Merkmal der Erkrankung. Die Eruptionen treten symmetrisch und disseminiert auf. Besonders bevorzugt werden die proximalen Streckseiten der Extremitäten und die oberen Schulterpartien. Es werden aber auch nicht selten die Unterarme, Unterschenkel, die Brust, der Rücken und der Hand- und Fußrücken befallen.

Nicht befallen werden Handinnenflächen, die Fußsohlen und die Schleimhäute.

II. S y n o n y m a

In seinem Handbuchartikel über die Prurigo aus dem Jahre 1927 schreibt Max WINKLER:

"Die Geschichte der Prurigo gehört zu den schwierigeren Kapiteln der Dermatologie. Nirgends mehr wie hier hat die unglückliche Fülle von Namen die Geister verwirrt. Man hat auch heute noch die größte Mühe, sich in dem Chaos der verschiedenen Bezeichnungen zurechtzufinden."

Die bisher von den verschiedenen Autoren zu diesem Thema veröffentlichten Arbeiten und Beiträge zeigen, daß es sich bei der Urticaria papulosa chronica um ein fest umschriebenes und wohl zu definierendes Krankheitsbild handelt. Trotzdem ergeben sich unterschiedliche Benennungen, weil das Krankheitsbild mit verschiedenen großen Gruppen in Verbindung gebracht wird: dem L i c h e n, der P r u r i g o oder aber mit der U r t i c a r i a.

Die Gesichtspunkte, die die einzelnen Autoren bei der Zuordnung zu der einen oder anderen Gruppe geltend machen, sind später behandelt.

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die Synonyma aufgeführt, die Eingang in die neuere Literatur gefunden haben.

Nicht berücksichtigt ist in Tabelle 1 die Bezeichnung P r u r i g o g e s t a t i o n i s, welche die Urticaria papulosa chronica bei Gravidität bezeichnet.

Tabelle 1: *Urticaria papulosa chronica* -
Synonyma in der neueren Literatur

A. Lichen Vidal urticatus	Greither/Tritsch, Schönfeld	1953
B. Prurigo simplex acuta	Pierini et al.,	1955
adulorum Willan	Duperrat	1959
Prurigo subacuta	Lutz	1951
Prurigo simplex subacuta	Lutz	1957
	Schönfeld	1957
	Bohnstedt	1959
	Kogoj	1961
	Mali	1967
	Zaun	1969
	Greither	1973
Prurigo chronica simplex	Schnyder	1974
C. Urticaria papulosa chronica	Perschmann	1942
	Zschunke	1949
	Trinkaus	1951
	Höfs	1950
	Braun-Falco/ v.Eickstedt	1958
	Keining/Braun-Falco	1969
D. Prurigo temporanea von Tommasoli (Strophulus des Jugendalters = 15.-30. Lebens- jahr)	Bohnstedt	1959

III. Entwicklung und Gesichtspunkte bei der Zuordnung des Krankheitsbildes

Die Urticaria papulosa chronica ist trotz ihres häufigen Vorkommens nur wenig in der Literatur bearbeitet worden und somit eine Art "Stiefkind der Dermatologie" (BOHNSTEDT) geblieben. Das wurde auch von anderen Autoren immer wieder hervorgehoben.

Erst innerhalb der letzten zwanzig Jahre erfolgten Mitteilungen über größere Zahlen von beobachteten Fällen, auffälligerweise besonders im deutschsprachigen Schrifttum.

In ausländischen Lehrbüchern, wie in dem von ORMSBY und MONTGOMERY, SUTTON and SUTTON oder DEGOS ist dieses Krankheitsbild nicht einmal dargestellt. DEGOS widmet je einen Abschnitt dem Prurigo-Stropulus de l'enfant und der Prurigo aigu de l'adulte.

Durch diese Nichtbeachtung, auch in älteren deutschen Lehrbüchern (zum Beispiel SCHÖNFELD), ist es nicht verwunderlich, wenn diese Krankheit, wie BOHNSTEDT schrieb, manchmal sogar von Fachärzten nicht erkannt wird. BRAUN-FALCO machte dafür auch die zahlreichen verschiedenen Diagnosenamen verantwortlich, mit denen diese Dermatoase in der Vergangenheit belegt wurde, womit gleichzeitig die Unsicherheit der Einordnung der hier in Rede stehenden Hautveränderungen nach morphologischen Gesichtspunkten deutlich wird.

Die Benennung und Zuordnung der *Urticaria papulosa chronica* wurde von den verschiedenen Autoren je nach d e r Formengruppe vorgenommen, zu der sie besondere Beziehungen hervorheben wollten.

In der ersten größeren Fallmitteilung von GREITHER und TRITSCH entschieden sich die Autoren für die L i - c h e n - Gruppe nach der Terminologie NEISSERS, so daß es sich beim Lichen um eine Aussaat von Papeln handelt, die außer Kratzeffekten keine weiteren Umwandlungen, vor allem keine Lichenifikation erfahren. Später entschloß sich GREITHER für die P r u r i g o - Gruppe.

BRAUN-FALCO und v. ECKSTEDT folgten der in den dermatologischen Kliniken von Berlin, Leipzig, Breslau, Tübingen, Mainzu.a. seit Jahrzehnten gebräuchlichen Bezeichnung *Urticaria papulosa chronica*, da sie regelmäßig die Umwandlung der urticariell-papulösen Primärelemente zur Papulovesikel beobachten konnten. Obwohl sie feststellten, daß die Zugehörigkeit des beschriebenen Krankheitsbildes zur Prurigo-Gruppe ernsthaft zu prüfen sei, entschieden sie sich für die U r t i c a r i a - Gruppe, weil sie keine Beziehungen zu heute noch anerkannten Prurigo-Formen sahen. Diese Bezeichnung weist außerdem auf die Primäreffloreszenzen, die urticarielle Seropapel hin.

BOHNSTEDT entschied sich für die Bezeichnung Prurigo simplex subacuta. Zur Begründung zitierte er aus dem Lehrbuch von LUTZ: "Eine Klarstellung, was für Hautveränderungen eigentlich in das Krankheitsbild der P r u r i g o einzureihen sind, läßt sich nur dadurch erzielen, daß deren Bilder zunächst auf Grund charakteristischer morphologischer Eigenschaften klinisch genau fixiert werden, und dies ist

insofern nicht sehr schwierig, als der Prurigo eine typische Primäreffloreszenz, die urticarielle Papel zuzuerkennen ist.

Der Standpunkt von GREITHER und TRITSCH, man könne diese Krankheit nicht als Prurigo ansehen, weil die Primäreffloreszenz histologisch nicht einer Seropapel entspreche, wird von BOHNSTEDT nicht geteilt. In Übereinstimmung mit BRAUN-FALCO und v.ECKSTEDT faßte BOHNSTEDT die histologisch nachweisbaren Veränderungen in Richtung Seropapel - Auflockerung des Stratum basale und spinosum, Vakuolenbildung - als ein primäres Geschehen auf. Er stellte allerdings fest, daß die Bildung der Seropapel klinisch und histologisch nicht so ausgeprägt sei wie beim Strophulus.

IV. Untersuchungen am eigenen Krankengut

In der Münchener Dermatologischen Universitätsklinik wurden im Zeitraum von 1960 bis 1974 insgesamt 72 Patienten wegen einer Urticaria papulosa chronica klinisch behandelt.

Dieses Krankengut wurde auf zwei Wegen ausgewertet: Zunächst wurden aus den Krankenblättern (mit den Diagnosen Urticaria papulosa chronica, Lichen urticatus und Prurigo simplex subacuta) die Daten über Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Juckreizanamnese, Allergiehinweise, Erkrankungen an Magen, Darm, Leber oder Genitalorganen, Fokuserkrankungen, Blutbildveränderungen und Seborrhoe entnommen.

Da die Patienten meistens bereits entlassen waren, wurden dann an sie Fragebögen verschickt, von denen ein Muster im Anhang beigelegt ist. Darin wurde um Angaben gebeten über einen eventuellen Rückfall nach der Klinikentlassung oder Heilung, über nach der Klinikentlassung aufgetretene Erkrankungen an Magen, Darm oder Leber, Fokuserkrankungen, Erkrankungen an den Genitalorganen, Seborrhoe bzw. Akne, allergische Erkrankungen oder Dermographismus.

Von den verschickten 70 Fragebögen - zwei Patienten waren zur Zeit der Auswertung gerade in klinischer Behandlung - wurden 29 beantwortet zurückgeschickt. Inzwischen verstorben waren 3 Patienten, bei 17 weiteren war die Adresse nicht mehr gültig. Nicht beantwortet wurden 21 Fragebögen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Auswertung von Krankenblättern und Fragebögen beschrieben und daran anschließend jeweils mit den Ergebnissen ähnlicher Untersuchungen über Urticaria papulosa chronica verglichen.

G e s c h l e c h t s - u n d A l t e r s v e r t e i - l u n g

Von den 72 Patienten des hier untersuchten Krankengutes waren 51 Frauen und 21 Männer. Dies entspricht einer Geschlechtsverteilung im Verhältnis 2,5 : 1, welches eine eindeutige Gynäkotropie zeigt.

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung der Urticaria papulosa chronica im Krankengut verschiedener Autoren. Die in Klammern zu den Namen der Autoren gesetzten Städtenamen geben an, um welche Hautklinik es sich bei dem Krankengut handelt.

Es ist daraus ersichtlich, daß eine teilweise erhebliche Abweichung zwischen den gefundenen Ergebnissen besteht.

Übereinstimmend findet sich jedoch bei allen Autoren eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts der Urticaria papulosa chronica.

Tabelle 2: Geschlechtsverteilung der *Urticaria papulosa chronica*

A u t o r	♀	♂	Verhältnis
Greither u. Tritsch (Heidelberg 1953)	3	2	1,5 : 1
Braun-Falco u. v. Eckstedt (Main 1958)	11	1	11 : 1
Greither u. Tritsch (Heidelberg 1958)	17	7	2,4 : 1
Bohnstedt (Gießen 1959)	27	22	1,2 : 1
Braun-Falco (Mainz 1961)	22	1	22 : 1
Paetzold (Gießen 1962)	63	47	1,3 : 1
Zaun u. Athanassiadis (Homburg/Saar 1969)	42	19	2,5 : 1
Eigene Fälle (Münchener UK 1974)	51	21	2,5 : 1

A l t e r s v e r t e i l u n g

Die Altersverteilung im hier untersuchten Krankengut wurde nach dem Alter des Patienten bei Beginn der Erkrankung ermittelt.

In der nachfolgenden Tabelle 3 wird die Altersverteilung, die in den bisher untersuchten größeren Fallzahlen gefunden wurde, mit der Altersverteilung in unserem Krankengut verglichen.

In Tabelle 4 sind die Angaben zur Altersverteilung in den bisherigen Untersuchungen zusammengefaßt und

graphisch unseren Ergebnissen in einem Säulendiagramm gegenübergestellt.

Tabelle 3: Altersverteilung der *Urticaria papulosa chronica*

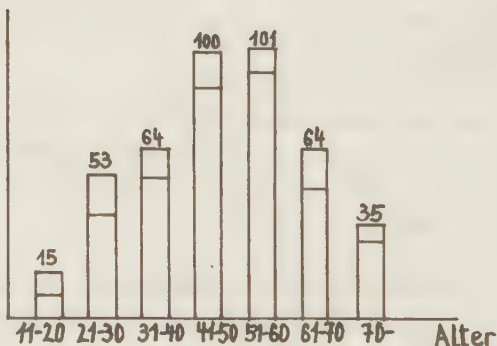
Die dekadischen Klassen differieren bei verschiedenen Autoren um jeweils 1 Jahr, also 21-30 statt 20-29 usw.

	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-
Greither u. Tritsch	3	1	4	7	4	1	4
Bohnstedt	-	4	8	12	14	9	2
Braun-Falco	4	13	19	26	27	17	9 ^x
Paetzold	-	9	15	27	33	17	9
Zaun u. Athanassiadis	1	12	8	14	14	6	6
Eigene Fälle	7	14	11	14	9	14	5

x Bei den Angaben von BRAUN-FALCO handelt es sich um eine Zusammenstellung von BOHNSTEDT, BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT, GREITHER und TRITSCH (1953) sowie 23 Eigenbeobachtungen.

Tabelle 4:
Gesamtzahlen
der Alters-
verteilung
(Oberer
Säulenteil =
eigene Fälle)

Pat.
Zahl



Die Angaben in Tabelle 3 zu unseren eigenen Fällen zeigen Häufigkeitsgipfel in unserem Krankengut im 3. und 5. sowie im 7. Dezennium.

Bei der vergleichenden Betrachtung aller Angaben in Tabelle 3 zur Altersverteilung wird übereinstimmend deutlich, daß die *Urticaria papulosa chronica* im ersten Lebensjahrzehnt nicht auftritt und dann bis zum zwanzigsten Lebensjahr selten ist. Weiter wird die Erkrankung, nach ihrem Häufigkeitsgipfel im 5. und 6. Lebensjahrzehnt, dann jenseits des 70. Lebensjahres wieder selten, was allerdings mit dem natürlichen Bevölkerungsabbau zu erklären sein dürfte.

D a u e r d e r E r k r a n k u n g

Die hier angegebenen Werte für die Dauer der Erkrankung sind relativ. Sie ergeben sich teils aus der bei der stationären Aufnahme zur Anamnese erfragten Krankheitsdauer, teilweise konnten diese Werte durch die mittels der Fragebogenstudie gewonnenen Daten über den weiteren Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung aus der Klinik ergänzt werden. Dieser Unterschied ist in Tabelle 5 vernachlässigt, da sich daraus keine Veränderung der Aussage über die Dauer der Erkrankung ergeben würde.

In dieser Tabelle 5 ist die jeweilige Krankheitsdauer, die bei den 72 hier untersuchten Patienten gefunden wurde, einer von sechs Gruppen zugeordnet: bis 4 Wochen, 6 Monate, 1 Jahr, dann bis 5 Jahre, 10 Jahre sowie 20 Jahre und länger.

Bei den Patienten mit einem Verlauf bis zu 4 Wochen handelt es sich einmal um eine junge Patientin, die bis jetzt beschwerdefrei geblieben ist, dann um zwei Patienten mit inoperablen Tumoren zur Zeit der Klinikaufnahme (einer verstarb 9 Monate später und bei dem anderen Patienten ist es sehr wahrscheinlich) sowie um zwei Patientinnen, die nicht mehr zu erreichen waren und deshalb über den weiteren Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung nichts zu erfahren war.

In der Gruppe mit einer Dauer bis zu 6 Monaten sind zwei Patienten nach der Entlassung beschwerdefrei geblieben, eine Patientin starb an einem Rectumcarcinom und die übrigen in dieser Gruppe enthaltenen Patienten waren nicht zu erreichen.

In unserem Krankengut von 72 Patienten haben rund 37 % eine Krankheitsdauer von 4 Wochen bis zu einem Jahr. Dagegen betragen die Gruppen mit Krankheitsverläufen von 5, 10, 20 Jahren oder sogar noch länger rund 60 % unserer Patienten.

Daraus wird deutlich, daß die Urticaria papulosa chronica eine Erkrankung ist, die - teilweise in Schüben verlaufend - zur Chronizität neigt.

Das war auch von den verschiedenen Autoren immer wieder festgestellt worden (BRAUN-FALCO und v.EICKSTEDT, GREITHER, MALI, SCHNYDER, ZAUN und ATHANASSIADIS).

Tabelle 5: Dauer der Urticaria papulosa chronica
72 Patienten - Münchener Universitätshautklinik

Dauer		Prozent der Patienten
Bis 4 Wochen	=	7,2
bis 6 Monate	=	17,2
bis 1 Jahr	=	12,9
bis 5 Jahre	=	33,3
bis 10 Jahre	=	10,5
20 Jahre und länger	=	<u>18,8</u>
		100,0

Zugrundeliegende Erkrankungen und Störungen sowie Begleitkrankheiten

Die Angaben zu den zugrundeliegenden Erkrankungen, Störungen und Begleitkrankheiten setzen sich zusammen aus den bei der stationären Aufnahme bereits bekannten pathologischen Veränderungen und den Ergebnissen der Durchuntersuchung in unserer Klinik. Zusätzlich dazu sind noch die von den Patienten in den Fragebögen gemachten Angaben enthalten.

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind diese Daten nach Fallzahlen innerhalb großer organischer Erkrankungsbereiche aufgeschlüsselt und dann durch die Gesamtzahlen für die einzelnen Bereiche ergänzt. Bei mehreren Patienten wurden verschiedene gleichzeitig bestehende Erkrankungen festgestellt, so daß diese Patienten dann in mehreren Gruppen enthalten sind.

Tabelle 6: Erkrankungen und Störungen bei 72 Patienten
mit Urticaria papulosa chronica.
Angaben aus Krankenblättern und Fragebögen.
Universitätshautklinik München

Diagnosen und Befunde	
1. <u>Menopause</u>	16
2. <u>Ovarielle Störungen:</u>	9
Adnexitis 2, gyn.Total-OP 1, Ovarialcyste 1, Ovarektomie 1, verminderte Ketosteroide 2, Amenorrhoe 1	
3. <u>Störungen der männlichen Sexualfunktion:</u>	2
Prostatahypertrophie 2	
4. <u>Andere hormonelle Störungen:</u>	7
Hyperthyreose 1, Diabetes mellitus 6	
5. <u>Magen-Darm-Störungen:</u>	48
Sub- bis Anacidität 17, Hyperacidität 6, Zu- stand nach Magenresektion 4, Ulcus ventriculi oder duodeni 8, Hiatushernie 2, Rectum-Ca 1, pathologische Bakterien oder Candida 4, Ver- dauungsinsuffizienz 6	
6. <u>Infestation:</u>	6
Oxyuren 5, Ascariden 1	
7. <u>Leberfunktionsstörungen:</u>	20
Gallenkoliken - Cholelithiasis 9, Hepatitis 5, pathol. Leberwerte 1, Cholecystektomie 2, Le- berschwellung 1, Tuberkulostatikatherapie 1, Malaria 1	
8. <u>Fokalinfectionen:</u>	39
Zähne beherdet 12, chronische Tonsillitis 17, Nebenhöhlen beherdet 4, recidiv. Phlegmonen 1, Morbus Scheuermann 2, chronische Pyelonephritis 3	
9. Blutsenkungsgeschwindigkeit erhöht	18
10. Eosinophilie (über 5 %)	11
11. <u>Allergie:</u>	12
Atopien 4, Allergie auf Nahrungsmittel oder Medikamente 6, Kontaktekzem 2	

M a g e n - D a r m s t ö r u n g e n

EIGENE FÄLLE. Erkrankungen oder Abweichungen von den normalen physiologischen Verhältnissen im Bereich des Magen-Darm-Traktes konnten im hier untersuchten Krankengut am häufigsten festgestellt werden. Die Hälfte davon sind Säureanomalien (23 von 48): 17mal Sub- bis Anacidität und 6mal Hyperacidität. Zustand nach Magenresektion lag bei 4 Kranken vor, 8 weitere hatten ein Ulcus ventriculi bzw. duodeni. Eine Patientin litt an einem Rectumcarcinom. Die Stuhluntersuchungen ergaben bei 6 Kranken eine Verdauungsinsuffizienz (unverdaute Nahrungsbestandteile) und in 4 Fällen pathologische Besiedelung mit Bakterien oder Candida.

BOHNSTEDT berichtete in seinen Erhebungen ebenfalls, daß bei der überwiegenden Anzahl der Fälle die Krankheit durch enterogene Faktoren ausgelöst wurde. Nachdem begonnen wurde, der Magensaftuntersuchung eine größere Bedeutung zu schenken, konnten bei insgesamt 16 Untersuchten nur 4mal keine krankhaften Befunde erhoben werden, dagegen 9mal Sub- bzw. Anacidität, einmal eine hyperacide Gastritis und zweimal ein Ulcus duodeni.

PAETZOLD unterzog später noch einmal das gesamte gesammelte Krankengut der Gießener Klinik einer gemeinsamen Betrachtung (110 Patienten). Dabei lagen bei über 50 % der Fälle Störungen der Magensekretion in verschiedenen Varianten vor, darunter auch drei Männer mit histaminrefraktärer Anacidität nach Magenresektion und zwei Fälle von Ulcus ventriculi bzw. duodeni. Er führte weiter an, daß sich bei allen Fällen mit Störungen der Magensekretion durch eine sinngemäße Therapie ein Abklingen der

Hauterscheinungen und eine Dämpfung des Juckreizes erreichen ließ.

ZAUN und ATHANASSIADIS fanden bei 26 von 46 untersuchten Patienten Säureanomalien, 8mal An- und 16mal Subacidität sowie zweimal Hyperacidität. Auch sie konnten berichten, daß es bei entsprechender Enzymsubstitution bei 15 Patienten in 13 Fällen zur wesentlichen Besserung kam.

Auch aus der Literatur der Dreißiger Jahre liegen Fallberichte vor über das gleichzeitige Auftreten von Urticaria papulosa chronica mit Affektionen des Magen-Darm-Traktes:

GOTTRON berichtete über Urticaria papulosa chronica bei einer Patientin mit Anacidität nach Magen-Darm-Resektion. GERTLER beobachtete Urticaria papulosa chronica bei einer Patientin mit hochgradiger Subacidität des Magens. URBACH sah die Dermatoze bei einer Patientin mit Fäulnisdyspepsie.

ZAUN und HALBAUER führten eine Vergleichsstudie mit der Endoradiosonde über die Häufigkeit des Vorkommens von Sub- bzw. Anacidität bei Kranken mit Urticaria papulosa chronica und einem altersentsprechenden Vergleichskollektiv durch. Im Teil II der Arbeit kam ZAUN zu dem Ergebnis, daß sich aus dem gefundenen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Kranken mit häufigeren Säureanomalien und einem Vergleichskollektiv auf die Begünstigung der Entstehung der Urticaria papulosa chronica durch eine unzureichende Säureproduktion schließen läßt.

I n f e s t a t i o n

EIGENE FÄLLE. Der Nachweis von Wurmbefall gelang in 6 Fällen, davon 5mal Oxyureneier und einmal Ascariden. Über eine Heilung nach entsprechender Behandlung kann hier nicht berichtet werden. Bei 3 Patienten war im Fragebogen zu erfahren, daß es nach entsprechender Behandlung zu keiner Besserung kam und die 3 anderen haben den Fragebogen nicht beantwortet.

BOHNSTEDT führte ebenfalls Wurmbefall an. Bei einem Drittel von 18 untersuchten Patienten fanden sich Würmer (4mal Oxyuren, einmal Ascariden und einmal ein Bandwurm).

PAETZOLD berichtete über Wurmbefall bei 9 Kranken (7mal Oxyuren, einmal Ascariden, einmal Bandwurm).

ZAUN und ATHANASSIADIS fanden bei 24 untersuchten Patienten nur zweimal Würmer (einmal Ascariden, einmal Trichocephalus). Bei dem einen verschwanden die Hauterscheinungen nach Gabe eines Anthelmintikums, der andere Patient war nicht mehr zu erreichen.

L e b e r f u n k t i o n s s t ö r u n g e n

EIGENE FÄLLE. Hinweise auf krankhafte Veränderungen der normalen Leberfunktion ergaben sich bei 20 Patienten. Dabei handelte es sich 9mal um Gallenkoliken bzw. Cholelithiasis, 5mal um Zustand nach Hepatitis, zweimal um Zustand nach Cholecystektomie und je einmal um pathologische Leberwerte, Leberschwellung, durchgemachte Malaria und Zustand nach Tuberkulostatikatherapie.

GREITHER und TRITSCH fanden zweimal pathologische Leberwerte.

BOHNSTEDT führte Leberschäden bei 9 Patienten an, wobei eine genauere Bezeichnung nicht erfolgte.

PAETZOLD hatte in dem von ihm ausgewerteten Krankengut von 110 Patienten 13 Fälle mit Leberparenchymschäden, wobei diese auch bei fehlenden klinischen Zeichen aber deutlich pathologischen Leberfunktionsproben angenommen wurden.

ZAUN und ATHANASSIADIS gaben nur zweimal Hepatopathien bei 18 untersuchten Patienten an.

F o k a l i n f e k t i o n e n

EIGENE FÄLLE. Herderkrankungen stellen die zweitgrößte Gruppe von Störungen des Gesamtorganismus dar, die bei der Durchuntersuchung unseres Krankengutes gefunden wurde. Es wurden bei 12 Patienten beherdete Zähne und bei 17 Patienten eine chronische Tonsillitis festgestellt.

Aus der nach der Klinikentlassung durchgeführten Fragebogenstudie ergab sich, daß insgesamt bei 11 Patienten eine Tonsillektomie (vor oder nach der stationären Behandlung) und bei weiteren 4 Patienten eine Zahnbehandlung (ebenfalls vor oder erst nach der stationären Behandlung in unserer Klinik) durchgeführt worden war. Jedoch befand sich keiner dieser Patienten unter denen, bei welchen k e i n Rückfall der Urticaria papulosa chronica aufgetreten wäre.

Außerdem wurden beherdete Nebenhöhlen bei 4 Kranken, zweimal Morbus Scheuermann sowie je einmal rezidivierende

Phlegmonen und chronische Pyelonephritis gefunden.

BOHNSTEDT berichtete von 12 Kranken, die auf Foci untersucht wurden. Bei 8 Patienten war kein Anhalt für einen Focus im HNO-Bereich vorhanden, bei einem Kranken wurde ein Wurzelrest extrahiert, ohne daß eine Besserung eintrat. Eine Patientin konnte sich nicht zur angeratenen Tonsillektomie entschließen. Zweimal führte die Eliminierung des Focus zum Erfolg.

PAETZOLD fand in seinem Krankengut nur 3 Patienten mit einer Herderkrankung, wobei allerdings bei allen die Prurigoeffloreszenzen nach der Sanierung abklangen.

ZAUN und ATHANASSIADIS hatten unter ihren Patienten einen ungewöhnlich großen Anteil von Patienten mit Fokalinfectionen (bei 41 von insgesamt 61 Patienten). Sie stellten in diesem Zusammenhang jedoch fest, daß man angesichts der normalerweise schon recht häufig vorkommenden Zahngranulome und chronischen Tonsillitiden solche Befunde sicher nicht überbewerten dürfe. Bei 22 von den 34 zahnärztlich untersuchten Patienten fanden sich odontogene Herde. Von diesen 22 Patienten hatten jedoch 21 gleichzeitig Störungen an anderen Organen (11mal Sub- oder Anacidität, ferner Diabetes mellitus, hormonelle Störungen, Pansinusitis und chronische Tonsillitis). Auch unter den 19 Patienten mit Fokalinfectionen im HNO-Bereich litten 16 unter - teilweise mehreren - zusätzlichen Krankheiten mit fraglicher pathogenetischer Bedeutung (10mal odontogene Herde, 9mal Sub- oder Anacidität, zweimal Hepathopathie, einmal Lymphogranulomatose), außerdem war eine Patientin gravide.

Die Autoren schlossen aus diesen Angaben, daß eine zurückhaltende Stellungnahme hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zwischen Herdinfectionen und Urticaria papulosa chronica notwendig sei.

Immerhin ist aber die Tatsache nicht zu leugnen, daß es, obwohl gewöhnlich keine Beziehung besteht, nach der Herdsanierung zur Abheilung einer Urticaria papulosa chronica kommen kann.

H o r m o n e l l e S t ö r u n g e n

EIGENE FÄLLE. Bei unseren 72 Kranken fanden sich 34mal Hinweise auf Abweichungen von der normalen hormonellen Situation. Die gefundenen Erkrankungen bzw. Veränderungen seien lediglich aufgeführt, ohne auf gleichzeitig bestehende und für die Urticaria papulosa chronica ebenfalls ursächlich in Frage kommende Leiden einzugehen.

Zur Zeit der stationären Behandlung befanden sich 16 Patientinnen in der Menopause, davon eine mit gleichzeitig verminderten 17-Ketosteroiden. Bei 9 Patientinnen fanden sich ovarielle Störungen: zweimal Adnexitis, zweimal verminderte 17-Ketosteroide und je einmal Zustand nach gynäkologischer Totaloperation, Zustand nach Ovariectomie, Ovarialcyste, Amenorrhoe.

Bei männlichen Patienten mit gestörter Sexualfunktion handelte es sich um zwei Fälle von Prostatahypertrophie.

Weitere Hinweise auf Störungen der innersekretorischen Drüsen zeigten sich bei 6 Kranken mit Diabetes mellitus

und einer Patientin mit Hyperthyreose.

BRAUN-FALCO gab in seiner Arbeit eine Zusammenfassung der Ätiologien bei seinen 23 Eigenbeobachtungen und dazu im Krankengut von GREITHER und TRITSCH, BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT und von BOHNSTEDT. Bei 74 Fällen fanden sich in 24 % Menopause, in 14 % Gravidität (= Prurigo gestationis) und in 19 % ovarielle Störungen. Störungen der männlichen Sexualfunktion fand sich bei 2 von 9 Fällen und unter 37 Fällen ein Fall von Hyperthyreose.

PAETZOLD fand bei 67 Patienten zwei Frauen mit Zyklusstörungen, deren Hauterscheinungen nach der Gabe von Corpus-luteum-Hormon abheilten.

ZAUN und ATHANASSIADIS gaben in 11 Fällen bei 26 durchgeführten gynäkologischen Untersuchungen pathologische Befunde an: 3mal Menopause, zweimal Dys-/Polymenorrhoe, zweimal Ovarialcysten, einmal Zustand nach Röntgenkastration. Drei weitere Patientinnen hatten eine Gravidität.

Hinweise auf A l l e r g i e

EIGENE FÄLLE. Aus den Angaben in den Krankenblättern und Fragebögen ließ sich bei 12 von den 72 untersuchten Patienten auf das Vorhandensein einer Allergie- bzw. atopischer Erkrankungen schließen.

Es sind 10 Frauen und 2 Männer. Ein Patient litt selbst an einem Asthma bronchiale, bei drei Frauen fanden sich atopische Erkrankungen in der eigenen Anamnese (allergischer Schnupfen, Milchschorf in der Kindheit) und in der

Familie. 6 Patienten hatten eine Allergie gegen die verschiedensten Nahrungsmittel und Medikamente oder Pflaster und synthetische Stoffe.

Ein Patient, von Beruf Maler, litt an einem Kontakt-ekzem. Eine weitere Patientin wies eine Kontaktallergie auf Nickelsulfat und Kaliumdichromat auf.

MALI veröffentlichte eine Untersuchung über 16 Fälle von Prurigo subacuta mit allergischem Hintergrund.

Alle 16 waren Seborrhoiker, davon 6 mit seborrhoischen Hautläsionen. Bei 5 lag eine Allergieanamnese vor und bis auf eine Patientin ließ sich bei allen ein positiver Dermographismus beobachten. Auch bei seinem Krankengut überwiegt das weibliche Geschlecht (15 Frauen, ein Mann).

Wegen der zusätzlich konstant bestehenden Beschwerden schlug er für diese Fälle, die morphologisch als Prurigo simplex subacuta diagnostiziert werden können, ein separates Syndrom vor: atopische seborrhoische Prurigo.

Beobachtung zur klinischen Aufnahme

Beim Vergleich der Jahreszeit, in der unsere 72 Patienten jeweils zur Behandlung der Urticaria papulosa chronica in unserer Klinik aufgenommen wurden, fiel eine Häufung der Aufnahmen in den Monaten der warmen Jahreszeit auf.

In Tabelle 7 sind Zahlen der Aufnahmen pro Monat des Jahres angegeben.

Tabelle 7: Aufnahmezahl pro Monat

Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
1	4	3	4	8	10	6	9	12	4	7	3

V. Histopathologie

Bei der Beschreibung des histologischen Bildes der Urticaria papulosa chronica herrscht bei den verschiedenen Autoren weitgehende Übereinstimmung (GREITHER/TRITSCH, BRAUN-FALCO/v.EICKSTEDT, BOHNSTEDT, BRAUN-FALCO, DOERR-SEIFERT, LEVER, ZAUN/ATHANASSIADIS): es ist typisch wie auch das klinische Bild:

Je nach dem Entwicklungsstadium der Effloreszenzen, in dem die Biopsie vorgenommen wurde, ergibt sich ein verschiedenes Bild:

A) Frühphase = urticarielle Reaktion

- starke Erweiterung der papillären Gefäße
- Ödem im Papillarkörper
- Kollagenquellung
- lymphozytäres, perivaskuläres Infiltrat

B) Bild der Seropapeln

- intraepidermale bzw. sub- oder intracorneale Bläschen mit Leukozyten (neutrophile oder eosinophile)
- Zunahme der dermalen Veränderungen

C) Zerkratzte Effloreszenz = Epidermisdefekt

- Kruste mit basal gelegenen Leukozyten und Kerntrümmern
- reaktive Akanthose der Randgebiete
- noch starke Erweiterung der papillären Gefäße
- entzündliches Infiltrat (in dieser Phase mit histiozytären und fibroblastischen Elementen)

Histologische Untersuchungen am eigenen Krankengut

Hier wurden die bei 19 von den insgesamt 72 Patienten vorgenommenen histologischen Untersuchungen ausgewertet. Die Färbung erfolgte mit Hämatoxylin-Eosin, in einigen Fällen wurden noch Spezialfärbungen vorgenommen.

In Tabelle 8 wird eine Übersicht der in den Präparaten gefundenen Veränderungen gegeben.

Tabelle 8: Histologische Untersuchung bei 19 Patienten mit Urticaria papulosa chronica

Histologischer Befund	Präparate
Verbreiterung mäßig	15
der Epidermis stark	3
Erweiterung der papillären Gefäße	17
Ödem im Papillarkörper	17
Kollagenquellung	17
Perivaskuläres lymphozytäres Infiltrat: deutlich	15
angedeutet	2
Intraepidermale Bläschen	1
Intracorneale Bläschen mit Parakeratose	1

Da alle Präparate nur Effloreszenzen im frühen Stadium zeigten, waren keine Veränderungen der späteren Phasen, wie Krusten, proliferative Akanthose oder entzündliche Infiltrate zu sehen.

Zusammenfassend für die zum hier untersuchten Krankengut vorliegenden histologischen Präparate ist zu sagen, daß bis auf eine Ausnahme mit lediglich starker Verbreiterung der Epidermis alle Merkmale der oben bezeichneten Frühphase der Effloreszenzen der *Urticaria papulosa chronica* zu sehen sind. In zwei Fällen war durch das Vorhandensein von intraepidermalen bzw. intracornealen Bläschen ein Übergangsstadium zum Bild der Seropapel bezeichnend.

Neurohistologische Untersuchungen

Im Zusammenhang zur Pathohistologie der *Urticaria papulosa chronica* sei an dieser Stelle auch über die neurohistologischen Untersuchungen von TRITSCH und KANTNER berichtet. Die Schnitte stammen aus Läsionen von 16 Patienten. Die Färbung erfolgte durch Silberimprägnation nach Bodian-Ziesmer.

Sie fanden, daß es an den Nervenfasern infolge exudativer Vorgänge vorübergehend zur Maskierung kommt und außerdem noch degenerative Faserveränderungen samt Untergang nervöser Elemente vorliegen. In dieser Heilphase konnten sie zum Teil überschüssende regenerative Veränderungen beobachten.

Sie schlußfolgerten aus den geschilderten Beobachtungen, daß die Veränderungen *n i c h t t y - p i s c h* für die *Urticaria papulosa chronica* sind, sondern wie bei anderen juckenden Dermatosen auch. Ein Vergleich der neurohistologischen Befunde von *Urticaria papulosa chronica* und anderen stark juckenden Dermatosen (wie endogenes Ekzem, Lichen ruber planus, Prurigo nodularis Hyde) ergab *k e i n e* Vermehrung von nervösem Leitgewebe oder Auftreten von körperchenartigen Gebilden bei der *Urticaria papulosa chronica*.

Die Auslösung des Juckreizes erklärten sie durch chemische Vorgänge in Epithel und Corium.

VI. Zur Therapie

Bei der Behandlung der *Urticaria papulosa chronica* muß zwischen symptomatischen und kausalen Maßnahmen unterschieden werden.

Die kausale Behandlung richtet sich - mit Ausnahme der *Prurigo gestationis* - nach dem Ergebnis der Durchuntersuchung, welche auf die zahlreichen ätiologisch in Frage kommenden Erkrankungen und Störungen gerichtet sein muß. Sie besteht in der Behandlung inter-nistischer oder gynäkologischer Leiden sowie gegebenenfalls durch den HNO- oder Zahnarzt.

Für Patientinnen, die sich im Klimakterium befinden, ist die Gabe von Corpus-luteum-Hormon angezeigt.

Bis das Ergebnis der Durchuntersuchung vorliegt oder wenn keine pathologischen Veränderungen gefunden werden konnten, ist die Indikation für die s y m p t o - m a t i s c h e Behandlung gegeben. In einer großen Zahl der Fälle müssen sich leider die Maßnahmen darauf beschränken, da die Erkrankung zur Chronizität neigt.

Zur Lokalthherapie finden Antihistamingele, Trockenpinselungen, spirituöse Lösungen oder in besonders schweren Fällen Unterspritzungen mit Lokalanästhetika zur Linderung des Juckreizes Verwendung.

Diesen meist unerträglichen Juckreiz, der das Allgemeinbefinden der Patienten stark in Mitleidenschaft zieht, kann man mit oralen Antihistaminika oder aber Psychopharmaka behandeln. Besonders letztere haben sich

bewährt, da sie eine günstige Wirkung auf den Juckreiz selbst sowie auf sekundäre Symptome wie Unruhe, Nervosität und Schlaflosigkeit haben.

An dieser Stelle sei auch berichtet über 4 Patientinnen, die im Fragebogen angaben, daß sich die Hauterscheinungen während einesurlaubes "im Süden" gebessert hätten bzw. vollständig verschwunden wären. Eine Patientin gab sogar an, daß seitdem die Krankheit verschwunden wäre.

In den verschiedenen Veröffentlichungen wird allerdings zum Ausdruck gebracht - und dies hat sich auch bei der vorliegenden Studie bestätigt, daß es leider nicht immer trotz der beschriebenen Maßnahmen gelingt, das durch den Juckreiz erheblich beeinträchtigte Allgemeinbefinden der Patienten in einer erträglichen Weise zu bessern.

VII. Zusammenfassung

In der Zeit von 1961 bis 1974 wurden in der Münchener Dermatologischen Universitätsklinik 72 Patienten wegen einer Urticaria papulosa chronica stationär behandelt.

Die Angaben in den Krankenblättern wurden hier ausgewertet und durch an die entlassenen Patienten verschickte Fragebögen ergänzt.

Die eigenen Beobachtungen wurden mit den Ergebnissen in den verschiedenen Arbeiten anderer Autoren über die Urticaria papulosa chronica verglichen.

Die Geschlechts- und Altersverteilung und auch die Dauer der Erkrankung unterschieden sich nicht wesentlich von den in vergleichbaren Untersuchungen gemachten Angaben.

Die zugrundeliegenden Erkrankungen und Störungen sowie Begleitkrankheiten wurden in einer Tabelle zusammengefaßt. In gesonderten Abschnitten über Störungen im Magen-Darm-Trakt, Infestation, Leber- oder Galleleiden, Fokalinfectionen, hormonelle Störungen und Hinweise auf Allergie wurden die Ergebnisse der Durchuntersuchung dargestellt und mit den Untersuchungsergebnissen anderer Autoren verglichen.

Zur Histopathologie der Urticaria papulosa chronica erfolgte die Auswertung der histologischen Präparate von bei 16 Patienten durchgeführten Biopsien. Auch hier zeigten sich keine Unterschiede zu den Angaben bei anderen Autoren.

Es wurde außerdem eine Übersicht über die Synonyma der *Urticaria papulosa chronica* gegeben. Im Kapitel über Gesichtspunkte und Entwicklung bei der Einordnung des Krankheitsbildes erfolgte eine zusammenfassende Betrachtung der im Schrifttum gegebenen Begründungen für die bei den einzelnen Autoren unterschiedliche Benennung der Dermatose und Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung.

VIII. Literaturverzeichnis

- 1 - BECKMANN, H., P.G.VOGEL u. O.BRAUN-FALCO:
Psychotherapie und Psychopharmakotherapie in
der Dermatologie
Hautarzt 27, 525-531 (1976)
- 2 - BOHNSTEDT, R.M.:
Prurigo simplex subacuta - ein Stiefkind der
Dermatologie
Hautarzt 10, 22-27 (1959)
- 3 - BRAUN-FALCO, O.:
Zur Kenntnis der Urticaria papulosa chronica
Med.Welt 26, 1371-1374 (1961)
- 4 - BRAUN-FALCO, O. und U.M.v.EICKSTEDT:
Beitrag zur Urticaria papulosa chronica
Hautarzt 10, 534-540 (1958)
- 5 - DEGOS, R.:
Dermatologie
Mise à jour 1974, Ed.Médicales Flammarion Paris
- 6 - DUPERRAT, B.:
Précis de Dermatologie, Paris, Masson et Co., 1959
- 7 - GERTLER, W.:
Fallmitteilung.
Zbl.Hautkr.62, 455 (1939)
- 8 - GERTLER, W.:
Derm.Wschr.134, 814 (1956)

- 9 - GOTTRON, H.A.:
Zbl.Hautkr.41, 193 (1932)
- 10 - GOTTRON, H.A.:
Derm.Wschr.113, 847 (1941)
- 11 - GREITHER, A.:
On the different forms of prurigo, pruritus -
prurigo.
Current problems of Dermatology 3, 1-30 (1970)
- 12 - GREITHER, A.:
Die verschiedenen Formen der Prurigo
Derm.Monatsschrift 159, 1062-1063 (1973)
- 13 - GREITHER, A. u. H. TRITSCH:
Lichen Vidal urticatus
Hautarzt 4, 200-204 (1953)
- 14 - GREITHER, A. u. H. TRITSCH:
Weitere Beobachtungen über den sog.Lichen Vidal urticatus
Hautarzt 2, 198 (1958)
- 15 - HÖFS, W.:
Urticaria papulosa chronica und Xantelasma
papillatum et striatum
Derm.Wschr.122, 968 (1950)
- 16 - HOISCHEN, W. und G.K.STEIGLEDER:
Überempfindlichkeit gegen Progesteron bei
Prurigo mit prämenstrueller Exacerbation
Dtsch.med.Wschr.91, 398-399 (1966)
- 17 - KEINING, E. u. O.BRAUN-FALCO:
Lehrbuch der Dermatologie und Venerologie
2.Aufl., 442-444, München J.F.Lehmann 1969

- 18 - KOGOJ, Fr.:
Die morphologischen Aspekte der Prurigo
Zbl.Haut-u.Geschlkr.31, 37-49 (1961)
- 19 - KOGOJ, Fr.:
Urticaria, ~~Strophulus~~, Prurigo, Pruritus. In:
Handb.Haut-u.Geschlkr. W.JADASOHN. Erg.-Werk
Bd.II/1, 475-544, Berlin - Göttingen - Heidel-
berg, Springer 1962
- 20 - KORTING, G.W. u. R. DENK:
Dermatologische Differentialdiagnosen, 26-27,
Stuttgart - New York - Schattauer 1974
- 21 - LUTZ, W.:
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten
2. Aufl., 274-277, Basel S. Karger 1957
- 22 - LEVER, W.F.:
Histopathology of the skin. 4. Aufl., 139,
Philadelphia J.B.Lippincott Company 1967
- 23 - MALI, J.W.H.:
Prurigo simplex subacuta - A group of cases
with atopic background.
Acta derm.venereol.Stockholm 47, 304-308 (1967)
- 24 - MARGHESCU, S.:
Haut und Schwangerschaft. In: Klinik der Frauen-
heilkunde und Geburtshilfe, hrsg.v.H.SCHWALM u.
G.DÖDERLEIN, Erg. 9, Bd. VIII, 740-741, München -
Berlin - Wien, Urban u. Schwarzenberg 1974
- 25 - ORMSBY, O.S. u. H. MONTGOMERY:
Diseases of the skin.
Philadelphia, Lea und Febiger 1948

- 26 - PAETZOLD, O.H.:
Zur Pathogenese der Prurigo
Hautarzt 13, 117-120 (1962)
- 27 - PERSCHMANN, G.:
Urticaria papulosa chronica bei Bronchialcarcinom
mit Lebermetastasen
Derm.Wschr.115, 797 (1942)
- 28 - SALFELD, K.:
Zur Frage der Abgrenzung Acne urticata, Acné
excoriée des jeunes filles und "Neurotic
excoriations"
Hautarzt 8, 546 (1957)
- 29 - SCHNYDER, W.:
Prurigo-Krankheiten.
Fortschritte in der Dermatologie, 211-217 (1974)
- 30 - SCHÖNFELD, W.:
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten
7.Aufl., 65, Stuttgart G.Thieme 1957
- 31 - TRITSCH, H. u. M.KANTNER:
Neurohistologische Untersuchungen bei Prurigo
simplex subacuta
Arch.klin.exp.Derm.217, 355-362 (1963)
- 32 - URBACH, E.:
Derm.Wschr.53, 159 (1936)
- 33 - VOGEL, P.G. und H. BECKMANN:
Psychotherapie und Psychopharmakotherapie in
der Dermatologie I
Hautarzt 27, 519-524 (1976)

- 34 - WINKLER, M.:
Prurigo-Strophulus-Pruritus
Handb.d.Haut- und Geschlechtskrankheiten W.JADASOHN,
VI/1, 301-348 (1967)
- 35 - ZAUN, H.:
Magensekretion und Haut II
Arch.klin.exp.Derm.230, 340-348 (1967)
- 36 - ZAUN, H. u. D.ATHANASSIADIS:
Prurigo simplex subacuta - eine charakteristische
Hautreaktion bei Störungen anderer Organe
Fortschr.Med.87, Jrhg., Nr. 25, 1017-1023 (1969)
- 37 - ZAUN, H. u. H. HALBAUER:
Magensekretion und Haut I
Arch.klin.exp.Derm.223, 64-72 (1965)

Muster der an die Patienten verschickten Fragebögen:

Dermatologische Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. O. Braun-Falco

Fragebogen für den Patienten

1. Wie beurteilen Sie das Behandlungsergebnis nach der Entlassung aus unserer Klinik:

- a) vollkommen geheilt
- b) zufriedenstellend gebessert
- c) wenig gebessert
- d) nicht gebessert

(Bitte unterstreichen Sie bei allen Fragen immer das, was bei Ihnen zutrifft)

2. Sind bei Ihnen die gleichen juckenden Knötchen später noch einmal aufgetreten? Ja/Nein

Wenn sie noch einmal aufgetreten sind, wann ist das gewesen? (Monat und Jahr)

- 1.
- 2.
- 3.

3. Waren Sie nach der Entlassung aus unserer Behandlung noch weiterhin wegen der juckenden Knötchen oder wegen eines anderen Leidens in ärztlicher Behandlung? Bitte schreiben Sie die Erkrankung und wenn möglich die Adresse des Arztes auf:

Ich war in Behandlung bei Dr. _____
in _____ Straße/Platz
wegen _____

4. Auch wenn Sie schon in Frage 2 und 3 eine Krankheit angegeben haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen über Ihren Gesundheitszustand nach der Entlassung aus unserer Klinik.

- a) Hatten Sie oft Mandelentzündung? Ja/Nein
Wurden Ihnen die Mandeln herausgenommen? Ja/Nein
- b) Mußte Ihnen ein Zahn oder mehrere gezogen werden? Ja/Nein
Waren Sie wegen einer Kiefernhöhlenvereiterung in Behandlung? Ja/Nein

- c) Hatten Sie ein Leber- oder Galleleiden?
Hatten Sie z.B. eine Gelbsucht? Ja/Nein
Vertragen Sie alle Speisen? Welche nicht?
- Hatten Sie Gallekoliken? Ja/Nein
Mußten Sie an der Galle operiert werden? Ja/Nein
- d) Hatten Sie ein Magenleiden oder Darmstörungen?
Hatten Sie eine Magenentzündung? Ja/Nein
ein Magengeschwür? Ja/Nein
oder ein Zwölffingerdarmgeschwür? Ja/Nein
- Haben Sie oft Sodbrennen? Ja/Nein
Liegen Ihnen die Speisen immer oder oft schwer im Magen? Ja/Nein
Haben Sie oft Blähungen oder Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang? Ja/Nein
Sind bei Ihnen Würmer festgestellt worden? Ja/Nein
- e) Ist bei Ihnen nach der Entlassung aus der Klinik eine bösartige Geschwulst festgestellt worden? (z.B. Magen, Galle, Darm, Lunge, Brust, Gebärmutter, Hoden, Nieren, Bluterkrankung)
Welche?
- f) Traten bei Ihnen Regelstörungen auf? Ja/Nein
Haben Sie die Pille eingenommen oder nehmen Sie sie noch ein?
Von bis
- g) Sind bei Ihnen Hodenfunktionsstörungen aufgetreten? Ja/Nein
Trat eine Prostatevergrößerung auf mit Schwierigkeiten beim Wasserlassen? Ja/Nein
6. Hatten Sie im Entwicklungsalter besonders stark und lange Pickel im Gesicht? Ja/Nein
Haben Sie im Gesicht besonders viele Mitesser? Ja/Nein
Haben Sie eine besonders fettige Haut? Ja/Nein
Müssen Sie sich wegen fettigem Haar sehr oft die Haare waschen? Ja/Nein
7. Sind Sie oder Familienangehörige allergisch, das heißt überempfindlich gegen bestimmte Nahrungsmittel oder irgendwelche andere Stoffe? Ja/Nein
8. Gibt es in Ihrer Familie jemand, der an Asthma Ja/Nein
Heuschnupfen Ja/Nein
Milchschorf Ja/Nein
oder an Ekzem Ja/Nein
leidet?

9. Bildet sich bei Ihnen besonders leicht, wenn Sie mit dem Fingernagel über die Brusthaut kratzen, ein weißer Ja/Nein oder aber roter Ja/Nein Streifen?
10. Wie würden Sie selbst Ihren jetzigen Gesundheitszustand bezeichnen?
- a) sehr gut
 - b) einigermaßen zufriedenstellend
 - c) häufig Beschwerden
 - d) schlecht
11. Wenn Sie uns noch etwas Wichtiges im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung mitteilen wollen, schreiben Sie es bitte auf den folgenden freien Zeilen auf:

Horst B ü r k e

Lebenslauf

Geboren am 9. Mai 1949 in Klein-Pörthen, Kreis Zeitz,
in Sachsen-Anhalt.

Vater: der Landwirt Werner B ü r k e

Mutter: seine Ehefrau Elfriede B ü r k e, geborene Buchmann

Geschwister: zwei ältere und zwei jüngere Brüder

Familienstand: ledig

Schulbildung: 1955-1963 Grundschule im Geburtsort,
1963-1967 Besuch der Erweiterten Oberschule in Birken-
werder bei Berlin. 1967 Abschluß des Abiturs mit der
Gesamtnote "Sehr gut".

Studium: 1967-1972 Studium der Humanmedizin an der Karl-
Marx-Universität Leipzig, 1972-1974 Beendigung des
Studiums an der Ludwig-Maximilians-Universität München,
Juli 1974 Ablegen der ärztlichen Prüfung mit dem Gesamt-
urteil "Sehr gut".

Berufliche Entwicklung: Oktober bis Dezember 1974
Medizinalassistent an der Dermatologischen Universitäts-
klinik München, Februar bis Oktober 1975 Medizinal-
assistent am Kreiskrankenhaus Eichstätt, Oktober 1975
bis Juli 1976 Gastarzt an der dermatologischen Abteilung
des Hôpital S. Louis und der psychiatrischen Abteilung
des Hôpital Fernand Widal in Paris.

Approbation erteilt im Februar 1976.

Jetzt seit Januar 1977 in der internistischen Fachaus-
bildung an der Schloßbergklinik Oberstaufen.

Horst Bürke

